



BlueCross BlueShield
of Montana

Grandes empresas

Coberturas a través del empleo Solicitud de cobertura médica | Solicitud de cambios

Lea detenidamente las instrucciones en el interior antes de llenar esta solicitud de cobertura médica/cambios.

Blue Cross and Blue Shield of Montana, a Division of Health Care Service Corporation,
a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS

LEA DETENIDAMENTE ANTES DE LLENAR LA SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS.
Solo use bolígrafo negro o azul. Escriba en letra de imprenta legible. No utilice abreviaciones.

SECCIÓN 1 MOTIVOS DE SOLICITUD	<p>Marque todas las casillas que correspondan para indicar si usted es un nuevo asegurado o si solicita un cambio en la cobertura. Indique el suceso y la fecha, si corresponde. Llene las secciones adicionales conforme a su caso.</p> <p>Nuevo asegurado: Llene todas las secciones, si corresponde.</p> <p>Agregar derechohabiente: Llene todas las secciones, si corresponde.</p> <ul style="list-style-type: none">Si solicita cobertura para un derechohabiente discapacitado cuya edad supera el límite de edad de la cobertura de la empresa, proporcione la información adicional solicitada en la sección 5. También es posible que se solicite documentación adicional, como se especifica en esa sección. <p>Período de inscripción: El período que se ofrece anualmente, durante el cual usted puede solicitar la cobertura de un seguro de gastos médicos de un grupo específico o realizar cambios en la cobertura vigente.</p> <p>Período especial de inscripción: Si es elegible, este período le permite hacer cambios a su cobertura vigente en caso de matrimonio, divorcio, adopción, renuncia o despido, mudanza del área de servicio, etc. Este cambio puede realizarse fuera del período de inscripción regular.</p> <p>Fecha de entrada en vigor de la cobertura: Este campo es obligatorio y debe reflejar la fecha de entrada en vigencia solicitada.</p> <p>Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad: Marque esta casilla si su empresa tiene requisitos de elegibilidad que usted cumplió o completó antes de presentar la solicitud, como un período de medición o de orientación.</p> <p>Eliminar asegurado, eliminar derechohabiente o cancelar la cobertura: Llene las secciones 1, 2, 4 (omite la sección 4 si rechaza la cobertura), 8 y 9. En la sección 4, incluya el nombre, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de las personas a las que les cancelará la cobertura.</p>
SECCIÓN 2 SU INFORMACIÓN	Llene esta sección con sus datos personales incluso si rechaza la cobertura.
SECCIÓN 3 SU COBERTURA	Llene todas las partes relacionadas con las coberturas para las cuales presenta la solicitud. Incluya el número de identificación de la cobertura que haya seleccionado (por ejemplo, MMBCC802) en el campo de n.º de cobertura. Si no conoce el tamaño de su grupo o el número de identificación de la cobertura, solicite orientación de su empresa.
SECCIÓN 4 OPCIONES DE COBERTURA	Llene todas las áreas que correspondan a usted y a cada derechohabiente.
SECCIÓN 5 DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS	Los derechohabientes discapacitados deben contar con una certificación médica de discapacidad y dependencia de usted o de su cónyuge para que puedan considerarse para la cobertura, en el caso de que la empresa ofrezca cobertura para derechohabientes discapacitados. Los derechohabientes discapacitados deben tener cobertura antes de cumplir los 26 años para poder recibir cobertura una vez que superen el límite de edad para hijos derechohabientes de la cobertura de la empresa. Deberá llenar y enviar el formulario que incluye la Autorización para derechohabientes con discapacidad y el Certificado médico del derechohabiente con discapacidad junto con esta solicitud de cobertura, si corresponde.
SECCIÓN 6 OTRA COBERTURA	Llene esta sección si usted o algunos de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental grupal (a través del empleo) o individual (particular) (si corresponde) que no se cancelará cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio.
SECCIÓN 7 COBERTURA MEDICARE	Llene esta sección si usted o alguno de sus derechohabientes tienen cobertura Medicare. Ingrese las fechas correspondientes de inicio y finalización de la cobertura. Debe indicar el número de Medicare (puede encontrarlo en la tarjeta de asegurado de Medicare). Marque el motivo por el cual solicita la cobertura Medicare.
SECCIÓN 8 RENUNCIA A LA COBERTURA	Llene esta sección si renuncia a la cobertura médica para usted y sus derechohabientes. Toda persona que, por cualquier razón, renuncie a la cobertura debe llenar la sección 8; no solo quienes renuncian a la cobertura porque ya tienen otra.
SECCIÓN 9 CONDICIONES DE COBERTURA	Firme con su nombre y escriba la fecha en la solicitud de cobertura médica si está de acuerdo con las condiciones que se establecen en esta sección. Debe presentar la solicitud de cobertura médica al departamento de su empresa designado como Enrollment Department , el cual, luego, la enviará por correo electrónico o postal a BCBSMT • Enrollment Department • PO Box 4309 • Helena, MT 59604 • bcbs_eligibility_mt@bcsmt.com .

Las modificaciones en las leyes o reglamentaciones federales o estatales, o en las interpretaciones de ellas, pueden modificar los términos y las condiciones de cobertura.

Puede obtener acceso a los formularios mencionados anteriormente en el sitio web de Blue Cross and Blue Shield of Montana, en bcsmt.com, o a través de la empresa. Si actualmente es uno de nuestros asegurados y tiene preguntas, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece al dorso de su tarjeta de asegurado.

SOLICITUD DE COBERTURA MÉDICA/CAMBIOS



--	--	--	--	--	--

N.º de grupo

--	--	--	--	--	--

N.º de cuenta

--	--	--	--

N.º de sección

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º de Seguro Social

Categoría

SECCIÓN 1: MOTIVOS DE SOLICITUD

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA, SOLO LLENE LAS SECCIONES 2, 8 Y 9.

Nuevo asegurado Agregar derechohabiente Período de inscripción Otros cambios
 ¿Está solicitando cobertura debido a un suceso que lo hace elegible para un período especial de inscripción?

No Sí. Fecha del suceso: ___ / ___ / ____

Suceso: Nueva contratación Matrimonio Nacimiento
 Adopción (proporcione los documentos legales)
 Orden judicial (proporcione el decreto o la orden judicial)
 Pérdida de otra cobertura
 Otro (explique): _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: ___ / ___ / ____ Cumplimiento de otros requisitos de elegibilidad

Eliminar asegurado
 Eliminar derechohabiente

Cancelar la cobertura: Médica Dental

Incluya los nombres de las personas a quienes les cancelará la cobertura en la sección 4.

Suceso: Divorcio Muerte
 Finalización del empleo Otro

Indique la fecha del suceso: ___ / ___ / ____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL

DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN INCLUSO SI RENUNCIA A LA COBERTURA.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre (opcional)	Sufijo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de Seguro Social - -
----------	--------	---------------------------------------	--------	----------------------------------	-----------------------------

Dirección postal, n.º y calle, n.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
---	--------	--------	---------------

Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	N.º de teléfono particular/celular
--------------------	---	------------------------------------

Nombre de la empresa	Cargo	N.º de teléfono en el trabajo	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	¿Cuántas horas, en promedio, trabaja por semana? (campo obligatorio)
----------------------	-------	-------------------------------	------------------------------------	--

Condición de elegibilidad: Empleado en activo Empleado jubilado; fecha de jubilación: _____ Continuación de cobertura COBRA

SECCIÓN 3: SELECCIÓN DE COBERTURA

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

Cobertura médica o de la vista, si las ofrece la empresa (seleccione una opción)

Coberturas PPO (Legacy)

Health First PPO
 Comprehensive Major Medical (CMM) PPO
 BlueEdge HSA Standard PPOSM
 BlueEdge HSA Plus PPOSM
 Blue DimensionsSM
 BlueEdge HCASM PPO
 Otra: _____

Atención médica administrada

Blue OptionsSM

Coberturas estándar

Blue ChoiceSM Health and Vision (si se ofrecen servicios para la vista)
 Blue ChoiceSM
 Blue OptionsSM
 N.º de cobertura de 10 caracteres (campo obligatorio)

Otra: _____

¿Quiénes se incluyen en la cobertura médica? (seleccione una opción)

Solo el empleado
 Empleado y cónyuge
 Empleado e hijo(s)
 Familia
 No solicito cobertura médica

Cobertura dental

Sí
 No
 N.º de cobertura (campo obligatorio)

Cobertura para la vista

Sí
 No
 N.º de cobertura (campo obligatorio)

Lengua materna: _____

SECCIÓN 4: OPCIONES DE COBERTURA

LLENE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Nombre del empleado o asegurado	Nombre del médico de atención primaria (PCP)	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> vista
---------------------------------	--	------------	--	--

Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa	N.º de Seguro Social del derechohabiente	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> vista
---	--	------------------------------------	------------	--	--

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal			
----------------------------------	---	--	--	--

Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> vista
---	--	------------------------------------	------------	--	--

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal	¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda elegible, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------------	---	---	--

Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> vista
---	--	------------------------------------	------------	--	--

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal	¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda elegible, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------------	---	---	--

Nombre del derechohabiente <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro derechohabiente elegible	N.º de Seguro Social del derechohabiente	Nombre del PCP del derechohabiente	N.º de PCP	¿Es paciente nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> médica <input type="checkbox"/> dental <input type="checkbox"/> vista
---	--	------------------------------------	------------	--	--

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Dirección (si es diferente) - Calle/Ciudad/Estado/Código postal	¿Este derechohabiente es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no es un hijo biológico, hijastro, hijo adoptivo o menor en guarda elegible, ¿usted (o su cónyuge) es responsable de este derechohabiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------------------	---	---	--

Apellido: _____

N.º de Seguro Social: _____

N.º de grupo _____

--	--	--	--	--	--

SECCIÓN 5: DERECHOHABIENTES DISCAPACITADOS

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad
Nombre del derechohabiente discapacitado	Tipo de discapacidad

Si la edad de un hijo discapacitado supera el límite de edad para derechohabientes de la cobertura de la empresa, llene y adjunte el formulario de la Autorización para derechohabientes con discapacidad y el Certificado médico del derechohabiente con discapacidad.

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE OTRAS COBERTURAS

LLENE TODAS LAS ÁREAS QUE CORRESPONDAN.

Llene esta sección solo si usted o alguno de sus derechohabientes tienen otra cobertura médica o dental **que no se cancelará** cuando entre en vigor la cobertura solicitada por este medio. **Incluya los nombres de todas las personas con cobertura:**

Cobertura grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cobertura individual (particular) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de la otra compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor (MM/DD/AAAA)	Tipo de póliza <input type="checkbox"/> Solo el empleado <input type="checkbox"/> Empleado y cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado e hijo(s) <input type="checkbox"/> Familia		
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Derechohabiente			
Empresa	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	N.º del grupo médico	N.º de cobertura médica	N.º del grupo dental	N.º de cobertura dental	

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE COBERTURA MEDICARE

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN, SI CORRESPONDE.

Nombre de la persona con la cobertura:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare)
Indique la razón de la elegibilidad para Medicare:	<input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal				
Nombre de la persona con la cobertura:	Parte A de Medicare (hospital) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Parte B de Medicare (médica) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Parte D de Medicare (medicamentos) Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de finalización: _____	Parte D de Medicare (medicamentos) Compañía de seguros: _____	N.º de Medicare (de la tarjeta de Medicare)
Indique la razón de la elegibilidad para Medicare:	<input type="checkbox"/> Edad autorizada <input type="checkbox"/> Discapacidad autorizada <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> Discapacidad y enfermedad renal				

SECCIÓN 8: RENUNCIA A LA COBERTURA

LLENE ESTA SECCIÓN SI DESEA RENUNCIAR A LA COBERTURA.

Acepto que se me ha explicado la cobertura que tengo a mi disposición. He tenido la posibilidad de solicitar la cobertura que se ofrece para mí y mis derechohabientes elegibles, pero he decidido voluntariamente renunciar a la cobertura, como se indica a continuación. Si decido solicitar la cobertura en otro momento, entiendo que la fecha de entrada en vigor de la cobertura se puede retrasar.

Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura médica : <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular); compañía de seguros: _____ <input type="checkbox"/> Otra (explique) _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Empleado	Razón de la renuncia a la cobertura dental : <input type="checkbox"/> Otra cobertura dental grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura dental individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ninguna cobertura dental, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Cónyuge	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.
Nombre <input type="checkbox"/> Derechohabiente	Razón de la renuncia: <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica grupal (a través del empleo) <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otra cobertura médica individual (particular) <input type="checkbox"/> Otra (explique): _____ <input type="checkbox"/> No estoy asegurado con ningún seguro de gastos médicos, pero no deseo recibir esta cobertura.

SECCIÓN 9: CONDICIONES DE COBERTURA

- Soy empleado o jubilado de la empresa que se menciona en esta solicitud. Soy elegible para participar en la(s) cobertura(s) que ofrece la cobertura de la empresa, que está asegurada o administrada por Blue Cross and Blue Shield of Montana. Solicito la(s) cobertura(s) para la(s) que soy elegible en nombre propio y de mis derechohabientes, que aparecen en esta solicitud de cobertura. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud de cobertura es verdadera y correcta. Entiendo y acepto que cualquier declaración falsa que realice de manera intencional sobre algún hecho invalidará mi(s) cobertura(s).
- Solo estarán disponibles para mí las coberturas y los montos para los cuales soy elegible. Entiendo que, si se aprueba esta solicitud de cobertura, la(s) cobertura(s) entrará(n) en vigor de acuerdo con las estipulaciones establecidas en el contrato o la cobertura.
- Acepto que la empresa actúe como mi agente de seguros. Autorizo que la empresa deduzca de mi nómina el monto necesario, si corresponde, para cubrir el costo de mi(s) cobertura(s).
- Entiendo que mi participación en la(s) cobertura(s) queda sujeta a cualquier modificación futura. También entiendo que todos los avisos dirigidos a la empresa rigen para mí.

Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta de indemnización por pérdida o beneficios, o que a sabiendas proporcione información falsa en una SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Firma del solicitante _____

Fecha _____

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدته أسئلة، ف لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您, 或您正在協助的對象, 對此有疑問, 您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息 洽詢一位翻譯員, 請撥電話 號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、855-710-6984までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'idíłkido, ts'ída bee ná ahóótí'i' t'áá níík'e níká a'doolwoł dóó bina'idíłkidoígíí bee níł hodoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłnih kwe'é 855-710-6984.
Norsk Norwegian	Hvis du, eller noen du hjelper, har spørsmål, har du rett til å få hjelp og informasjon på ditt språk uten kostnad. For å snakke med en tolk, ring 855-710-6984.
Pennsilfaanisch Deutsch Pennsylvanian- Dutch	Wann du, odder ebber as du an helpe bischt, Questions hoscht, hoscht du's Recht fer Hilf un Information griege in dei eegni Schprooch as nix koschte zellt. Wann du mit en Interpreter schwetze wettscht, kansch du 855-710-6984 uffrufe.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
ไทย Thai	หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีข้อสงสัยใด ๆ คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือ และข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พูดคุยกับล่ามโดยติดต่อที่หมายเลข 855-710-6984.
Українська Ukrainian	Якщо у Вас чи у когось, хто отримує Вашу допомогу, виникають питання, у Вас є право отримати безкоштовну допомогу та інформацію Вашою рідною мовою. Щоб зв'язатись з перекладачем, зателефонуйте за номером 855-710-6984.
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 855-710-6984.



La cobertura de atención médica es importante para todos.

Les brindamos servicios y asistencia para la comunicación de manera gratuita a todas las personas que tienen una discapacidad o que necesitan asistencia lingüística.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Para recibir asistencia lingüística o comunicativa de manera gratuita, comuníquese con nosotros al 855-710-6984.

Si considera que no hemos proporcionado algún servicio o que hemos discriminado de alguna otra manera, comuníquese con nosotros para expresar su inconformidad:

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Puede presentar una queja relacionada con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formularios de queja: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>